

Amanda de Paula Cordeiro

**Composição das equipes de saúde bucal da estratégia
saúde da família no Brasil e sua influência na adequação do
processo de trabalho**

Trabalho apresentado à
Universidade Federal de Santa
Catarina, como requisito para a
conclusão do Curso de
Graduação em Odontologia
Orientador: Prof^a. Dr^a. Claudia
Flemming Colussi

Florianópolis

2018

Amanda de Paula Cordeiro

TÍTULO:

Composição das equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família no Brasil e sua influência na adequação do processo de trabalho

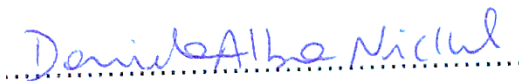
Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado, adequado para obtenção do título de cirurgião-dentista e aprovado em sua forma final pelo Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 22 de maio de 2018.



Banca Examinadora:

Prof.^a, Dr.^a Cláudia Flemming Colussi,
Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina



Prof.^a, Dr.^a Daniela Alba Nickel,
Membro
Universidade Federal de Santa Catarina



Prof.^a., Dr.^a. Daniela de Rossi Figueiredo,
Membro
Universidade do Sul de Santa Catarina

A Deus por me permitir viver
esse sonho, e aos meus pais
Sinara e Alexandre por todo
apoio e amor.

AGRADECIMENTOS

Chegar até esse ponto da caminhada não foi fácil. Olhar pra trás e ver todos os obstáculos percorridos, todas as noites mal dormidas, o cansaço e às vezes até a exaustão tomar conta. Porém, escrevendo este agradecimento e finalizando este trabalho, todas essas coisas valeram a pena. Como na vida ninguém é feliz sozinho, tenho imensa gratidão a todas as pessoas que tive o prazer de conhecer, conviver e que me ajudaram ao longo dessa caminhada tornando-a mais leve.

Agradeço primeiramente a **Deus**, por me permitir viver esse sonho, por me guiar em cada passo, por me dar forças de concluir essa etapa tão importante na minha vida.

Aos meus pais, **Alexandre** e **Sinara**, meus alicerces, amores da minha vida, que sempre me apoiaram que me proporcionaram viver esse sonho. Meu amor e admiração são todos seus. Essa vitória é por vocês.

A minha irmã **Francini**, meu bem precioso, você é um presente na minha vida, só tenho a agradecer a Deus por te ter como irmã.

Ao meu noivo **Anderson**, por toda paciência, carinho, cuidado, força e apoio que me deu nessa reta final, sou eternamente grata por tudo que fez por mim.

A **minha família** por toda torcida e carinho que só me motivou cada vez mais.

Não posso deixar de fora minha Orientadora **Cláudia Colussi**. Não tenho palavras para expressar o quão importante foi toda a calma, ajuda e também de como fez o trabalho se tornar tão leve.

Agradeço de coração a minha dupla **Evelyn**, por todo crescimento que tivemos juntas, por todas as dificuldades, erros e acertos que passamos. Que tenhas uma carreira grandiosa que mereces. As minhas amigas **lindas Jéssica, Daniela, Alessandra, Aline, Ana Paula, Ana Lídia, Djamily, Eduarda, Juliana, Luana, Marcela e Martina** por me tirarem da rotina e mesmo com todas as adversidades deixarem tudo mais leve e divertido. Não esquecendo do **Petrus** que me ajudou em todo esse processo de elaboração deste trabalho.

Não posso deixar de lado os meus amigos **Leonardo, Sinioly, Amanda e Maria Luíza**, vocês moram no meu coração. Aos meus a amores que já foram embora, mas estiveram comigo desde a primeira fase da faculdade **Luíza e Natália**. A minha pessoa nesse mundo **Sabrina** que desde o jardim de infância está comigo.

A todos os meus amigos aqui não citados fica todo o meu amor e carinho. Cada um tem seu espaço no meu coração

Aos meus **colegas e professores do projeto ITI**, obrigada por todo o carinho e auxílio. Só tenho a agradecer por todo o conhecimento que me foi dado.

Aos meus **professores**, muito obrigada pelo tempo dedicado a mim e a meus colegas para que pudéssemos ter conhecimento e chegar onde estamos.

Aos **funcionários do Centro de Ciências da Saúde**, que com o tempo, além de cumprirem suas funções, nos preencheram com amizade e carinho a cada tarefa que precisávamos realizar.

Por fim, quero agradecer aos meus colegas, minha estimada **turma 2013.2**, que juntos conseguimos concluir

essa etapa. Foi um prazer imenso conhecê-los e estar ao lado de vocês durante esses 5 anos.

*Sonhos determinam o que você quer. Ação
determina o que você conquista.*

(Aldo Novak)

RESUMO

A utilização de auxiliares para a realização de atividades de menor complexidade no processo de trabalho da equipe de saúde bucal na atenção básica contribui para o aumento da produtividade do Cirurgião-dentista, com melhor aproveitamento do tempo, e aumento da qualidade do trabalho profissional, o que permite redução nos custos dos serviços. O objetivo desse trabalho foi analisar o processo de trabalho das equipes de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família no Brasil, comparando as equipes com relação adequada e inadequada entre Cirurgiões-dentistas e Auxiliares ou Técnicos de saúde bucal. O estudo foi realizado através dos dados de variáveis obtidas nos bancos de dados do segundo ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ. As variáveis de interesse foram transferidas para uma planilha em Excel, onde foi montado o banco de dados para análise descritiva das mesmas. Foi feita a associação entre a variável dependente (adequação na composição da equipe) com as demais variáveis através do Open Epi. Foi feita a associação entre algumas atividades do processo de trabalho com a adequação ou não na composição das equipes na relação dentista/auxiliar ou técnico. Os resultados obtidos mostram que há associação significativa entre

a adequação das equipes e a realização de atividades, de modo que as equipes inadequadas estão conseguindo executar menor número de atividades do que aquelas que estão adequadas, reforçando a importância da presença dos profissionais auxiliares nas equipes de atenção básica.

Palavras chave: Saúde bucal; Atenção primária à saúde; Odontologia do trabalho.

ABSTRACT

The use of auxiliaries to perform procedures of less complexity in the work process of the health team in primary care contributes to increase the productivity of the dental surgeon with a better use of time and increasing the quality of professional work that allows the reduction costs of services . The objective of this research was to observe the work process of the oral health teams of the Family Health Strategy in Brazil comparing adequate and inadequate relationship between Dental Surgeons and Auxiliaries or oral health technicians. The study was carried out through the data of variables obtained in the databases of the second cycle of the Access Improvement Program and the Quality of Primary Care - PMAQ. The variables of interest were transferred to an Excel spreadsheet where the database was set up for its own descriptive analysis. The association between the dependent variable and the other variables through the Open Epi was made. The association between some activities of work process with the adequacy or not in the composition of the teams in the dental / auxiliary or technical relationship. The results obtained show that there is a significant teams and the implementation of activities, so that able to perform fewer activities of those who are reinforcement of the presence of the auxiliary professionals in the basic care teams.

Key words: Oral health; primary health care; dentistry of work.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição de frequência do tipo de equipe e características do entrevistado38

Tabela 2- Distribuição de frequência das variáveis relativas ao apoio da gestão e do atendimento ao usuário.....40

Tabela 3- : Associação entre a composição das equipes quanto à adequação na relação de cirurgião-dentista e auxiliar ou técnico em saúde bucal (classificadas como adequadas e inadequadas) e atividades do processo de trabalho.41

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASB- Auxiliar de Saúde Bucal

CD- Cirurgião-Dentista

ESB– Equipe de Saúde Bucal

ESF- Estratégia de Saúde da Família

PMAQ –AB: - PMAQ-AB: Programa Nacional de Melhoria do
Acesso e Qualidade da Atenção Básica

PNAB-Política Nacional de Atenção Básica

TSB- Técnico em Saúde Bucal

SUMÁRIO

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA.....27
2 ARTIGO.....29
3. REFERÊNCIAS.....52
4. ANEXO.....59

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA:

A implantação das equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família no Brasil ocorreu em 2000. Essa implantação fez com que a Odontologia ampliasse seu espectro de ação para além do campo técnico e privado, efetivando a área denominada saúde bucal coletiva. (BOTAZZO; CHAVES, 2013). A saúde bucal coletiva visa um novo modelo de trabalho, que tem como objetivo ampliar as ações primárias e atuar também na prevenção e a promoção de saúde.

No processo de trabalho do Cirurgião–dentista na atenção básica, o profissional trabalha de maneira conjunta, motivo pelo qual a presença do auxiliar é indispensável. BARROS (1995) E SALIBA (1998) ressaltam que a presença do Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) na equipe de saúde bucal é extremamente relevante, pois aumenta a eficiência do trabalho, eleva o rendimento, otimiza o tempo, minimiza o custo operacional, aumenta a produtividade e diminui o risco de contaminações. Além de colaborar nas ações fora do ambiente clínico.

Embora a inclusão das equipes de saúde bucal na ESF tenha proporcionado um importante incremento nas possibilidades de inserção dos auxiliares e técnicos em saúde

bucal no mundo do trabalho, o que se observa é uma escassez desses profissionais em todo país, com uma grande desproporção entre o número de cirurgiões-dentistas e o de auxiliares e técnicos em saúde bucal (ESPOSI et al. 2012).

Contudo, a distribuição desses profissionais encontra-se desigual, trazendo um desequilíbrio em determinadas equipes.

Visando entender o processo de trabalho do Cirurgião-dentista nas equipes de saúde bucal no Brasil, destacando a importância do auxiliar e/ou técnico de saúde bucal nas equipes, essa pesquisa tem como objetivo comparar o processo de trabalho das equipes de saúde bucal do Brasil, analisando a presença ou ausência do ASB e/ou TSB e quais são suas implicações no processo de trabalho.

2. ARTIGO:

Composição das equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família no Brasil e sua influência na adequação do processo de trabalho

CORDEIRO, Amanda de Paula*; COLUSSI, Claudia Flemming**

*Curso de Graduação em Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina

**Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina

2.1 Introdução:

A Atenção Básica em saúde no Brasil tem se organizado através da Estratégia Saúde da Família (ESF) desde 1994, atuando com equipes multiprofissionais em territórios adscritos, através de ações que valorizam o acolhimento, o vínculo com a população e as ações continuadas de saúde. As equipes de saúde bucal foram incluída na ESF somente em 2000, com a publicação da portaria GM nº 1.444 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000). O trabalho em equipe é então destacado no conjunto das características da ESF como um dos pressupostos mais importantes para a reorganização do processo de trabalho enquanto possibilidade de uma abordagem mais integral e resolutiva, bem como, deve ser compartilhado com resultados assumidos e discutidos por cada membro da equipe (COSTA et al.2012).

O processo de trabalho das equipes de atenção básica atualmente baseia-se na Portaria nº 2.436 de 2017 (BRASIL, 2017), que estabelece atribuições comuns a todos os profissionais, como a territorialização e o planejamento local de saúde, priorizando ações de acordo com as necessidades de uma área adscrita. As atribuições específicas para o cirurgião-dentista (CD), o técnico em saúde bucal (TSB) e o auxiliar de saúde bucal (ASB) também estão especificadas nesta portaria.

Os profissionais de saúde bucal que compõem as equipes de Saúde da Família e de Atenção Básica podem se organizar em duas modalidades de equipes: modalidade I, composta pelo CD e um auxiliar (ASB) ou técnico (TSB) em saúde bucal; e modalidade II, composta pelo CD, um TSB e um ASB, ou CD com dois TSB (BRASIL, 2017).

Embora a inclusão das equipes de saúde bucal na ESF tenha proporcionado um importante incremento nas possibilidades de inserção dos auxiliares e técnicos em saúde bucal no mundo do trabalho, o que se observa é uma escassez desses profissionais em todo país, com uma grande desproporção entre o número de cirurgiões-dentistas e o de auxiliares e técnicos em saúde bucal (ESPOSTI et al.2012).

Essa desproporção pode ser atribuída à fatores como a recente regulamentação dessas profissões, que ocorreu em 2008 com a Lei 11.889 (BRASIL, 2008); a centralidade exercida historicamente pelo CD, com monopolização do conhecimento científico (ESPOSTI et al.2012); a natureza da formação, que ocorre em sua maior parte pelo e para o setor público; aos baixos salários e baixa visibilidade social atribuídos a essas funções, despertando pouco interesse nas pessoas em investir nesta formação (KOVALESKI, BOING, FREITAS, 2005).

É inegável a importância da participação dos profissionais técnicos e auxiliares nas equipes de saúde bucal da ESF. Sua atuação promove uma maior eficiência, elevação do rendimento, otimização do uso do tempo, minimizando o custo operacional e aumentando a produtividade (FREIRE et al., 2011). Além disso, com a presença desses profissionais, o Cirurgião-dentista tem a possibilidade de delegar atividades que não lhe são exclusivas, reservando mais tempo àquelas atividades de maior complexidade, uma vez que este profissional é um recurso humano caro e torna-se muito oneroso para o setor público contratá-lo para realizar atividades como aplicações de flúor, por exemplo.

As equipes de saúde bucal na ESF precisam desenvolver uma série de atividades para além do atendimento clínico individual, relativas a promoção e prevenção em saúde, planejamento e programação de ações, registro, busca e sistematização de informações, acolhimento, territorialização, não sendo possível executá-las em quantidade e qualidade sem que a equipe esteja adequada. Além disso, a desproporção entre equipes de saúde da família e de saúde bucal é uma realidade no país, e muitas equipes de saúde bucal atuam em áreas com população muito além do preconizado pelo Ministério da Saúde, com uma demanda imensa por serviços historicamente inacessíveis à grande parte da população.

Desse modo, partindo da hipótese de que a desproporção entre o número de cirurgiões dentistas e auxiliares ou técnicos em saúde bucal prejudica o processo de trabalho das equipes de saúde bucal da ESF, esta pesquisa teve como objetivo analisar o processo de trabalho das equipes de saúde bucal da ESF no Brasil, comparando as equipes com relação adequada e inadequada entre cirurgiões-dentistas e auxiliares ou técnicos de saúde bucal.

2.2 Metodologia:

Trata-se de um estudo transversal descritivo de abordagem quantitativa. O processo de trabalho do cirurgião-dentista das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família foi caracterizado a partir de variáveis obtidas nos bancos de dados do segundo ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ, no site do DAB – Ministério da Saúde. (Link: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php). Obtidos no mês de Janeiro de 2018.

Foi utilizado o banco de dados do módulo VI, referente ao processo de trabalho das equipes de saúde bucal na atenção básica. Este banco de dados continha originalmente o registro de 19.947 equipes de saúde bucal, das quais 281 estavam sem informação em todas as variáveis, e portanto, foram eliminadas da análise. No total, foram analisadas 19.665 equipes de Saúde Bucal avaliadas no 2º ciclo do PMAQ no Brasil.

Nos estados de Alagoas, Amapá, Ceará, Distrito Federal, Goiás, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, e Santa Catarina, mais de 90% das equipes de saúde bucal que atuam na atenção básica participaram do programa

no segundo ciclo. Apenas no Maranhão menos de 50% das equipes participaram, e nos demais estados, os percentuais ficaram próximos de 70-80%. Como a análise não considerou diferenças regionais entre os resultados, a falta de representatividade de equipes em alguns estados não foi critério de eliminação neste estudo.

Foram selecionadas no banco de dados variáveis relativas ao entrevistado e variáveis sobre o processo de trabalho das equipes.

Para caracterização do entrevistado, foram utilizadas as variáveis: tipo de equipe (V.3.1); entrevistado (VI.2.1.1); tempo de atenção básica (VI.2.4); formação complementar (VI.3.1); vínculo (VI.4.2); forma de ingresso (VI.4.3); plano de carreira (VI.5.1); gratificação por desempenho (VI.5.5); educação permanente (VI.6.1.11).

Para análise do processo de trabalho das equipes, foram selecionadas variáveis relativas ao planejamento e programação das ações (VI.7.1); monitoramento e análise de indicadores (VI.7.2); participação das reuniões de equipe (VI.9.1); relação da quantidade de equipes de saúde bucal/equipe de saúde da família (VI.11.1); atendimento de pessoas residentes fora da área de abrangência da equipe (VI.11.2), organização da agenda de atendimentos (VI.13.1); número de

pacientes atendidos por turno (VI.13.2); número de pacientes agendados (VI.13.3); oferta de atividades de educação em saúde bucal (VI.13.5); agendamento das consultas odontológicas (VI.13.6); garantia de retorno para continuidade do tratamento (VI.13.7); registro de usuários encaminhados (VI.14.4); realização de procedimentos clínicos ((procedimentos VI.16.5.1 a VI.16.5.18); realização de tratamento concluído (VI.16.6); atenção à criança (VI.19.1.1); realização de visita domiciliar (VI.20.1); definição de situações prioritárias para visita domiciliar (VI.20.2); identificação de necessidade de prótese (VI.21.1); realiza alguma etapa para confecção de prótese (VI.21.2.6); oferta de prótese (VI.21.3.5); realização de atividades na escola/creche (VI.22.1); possui registro das atividades realizadas na escola (VI.22.2); levantamento das necessidades de atendimento dos escolares (VI.22.3).

As equipes foram classificadas de acordo com a composição em termos de adequação na relação auxiliar ou técnico em saúde bucal / cirurgião-dentista. Foram consideradas equipes adequadas aquelas em que essa relação foi igual ou maior que 1. Não foi considerado na classificação se a equipe era tipo I ou tipo II. Equipes com menos de 1 auxiliar ou técnico por cirurgião-dentista foram consideradas inadequadas.

As variáveis de interesse foram transferidas para uma planilha em Excel, onde foi montado o banco de dados para análise descritiva.

Com relação a variável VI.16.5 de procedimentos, havia uma lista de 17 procedimentos clínicos que deveriam estar sendo realizados pelas equipes de atenção básica. A análise desta variável considerou o conjunto dos procedimentos, sendo calculado o percentual de procedimentos realizados pela equipe. Se a equipe realizou 75% dos procedimentos ou mais, foi considerado adequada, se realizou menos de 75% foi considerado inadequada.

Os dados foram sistematizados em tabelas e gráficos. Para a investigação acerca de possível associação entre a variável dependente (adequação na composição da equipe) e as demais variáveis foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson com nível de significância 95%, que foi calculado no Open Epi (Estatísticas epidemiológicas de código aberto para a Saúde Pública – www.openepi.com).

As variáveis Utilizadas foram: Se realiza planejamento, realiza monitoramento de indicadores, participa das reuniões, faz ações de educação em saúde, realiza visita domiciliar, registro de usuários encaminhados, atenção à criança, realiza

atividades nas escolas, registro das atividades nas escolas, levantamento dos escolares com necessidades.

2.3 Resultados:

Na tabela 1 estão sistematizadas informações sobre a distribuição das equipes por modalidade e sobre o entrevistado no PMAQ. Sobre os tipos de equipe, nota-se que a maioria se enquadra na modalidade I, composta pelo CD e auxiliar ou técnico de saúde bucal. As equipes parametrizadas representaram apenas 1,9% do total de participantes no programa, que são aquelas equipes de atenção básica tradicional que foram padronizadas em relação ao tipo de profissional, carga horária e adscrição da população conforme preconiza a Política Nacional de Atenção Básica-PNAB. Mais da metade dos profissionais entrevistados informou ter formação complementar (69,3%), e o tempo de trabalho na atenção básica não passa de 4 anos para mais de 70%.

Tabela 1: Distribuição de frequência do tipo de equipe e características do entrevistado. Brasil, 2012.

Variável	n	%
Tipo de equipe		
Modalidade I	15352	83,6
Modalidade II	2488	13,5
Parametrizada	340	1,9
Entrevistado		
Dentista	17259	94,0
Auxiliar	230	1,3
Técnico	791	4,3
Tempo de atuação na Atenção Básica		
Menos de 1 ano	4885	26,6
1 a 4 anos	8446	46,1
5 ou mais	5005	27,3
Tipo de vínculo		
Servidor público estatutário	8071	44,0
Contrato temporário por prestação de serviços	3718	20,2
Contrato temporário pela administração pública	2761	15,0
Contrato CLT	1871	10,2
Empregado público CLT	1165	6,3
Outros	238	1,1
Forma de ingresso		
Concurso público	9150	49,8
Seleção pública	2961	16,1
Indicação	4242	23,1
Outra forma	1982	10,8
Plano de carreira		
Sim	3673	20,0
Não	14118	76,9
Gratificação por desempenho		
Sim	4195	22,8
Não	13905	75,7
Educação permanente		
Sim	3464	18,9
Não	14871	81,0

Fonte: PMAQ, DAB, Ministério da Saúde, 2012.

Na tabela 2 encontram-se as informações sobre a atuação das Equipes de Saúde Bucal em relação às Equipes de Saúde da Família e sobre o atendimento e agendamento dos usuários. Observou-se que a maioria das equipes realiza atendimento de usuários residentes fora da sua área de cobertura, atende consultas de demanda espontânea e programada, e garantem o retorno ao usuário após o início do tratamento. Destaca-se que mais de 20% das equipes relataram a falta de apoio da gestão no planejamento das ações e disponibilização de informações às equipes.

Na tabela 3 são apresentados os resultados da análise bivariada, que testou associação entre algumas atividades do processo de trabalho com a adequação ou não na composição das equipes na relação dentista/auxiliar ou técnico. O percentual de realização das atividades nas equipes com composição adequada foi maior em todas as variáveis. As únicas variáveis que não apresentaram significância estatística foram a realização do Tratamento Concluído e a realização de procedimentos clínicos. Embora o percentual de equipes que realiza atividade nas escolas seja alto, destaca-se o alto percentual de equipes que não faz o levantamento das necessidades dos escolares.

Tabela 2: Distribuição de frequência das variáveis relativas ao apoio da gestão e do atendimento ao usuário. Brasil, 2012.

Variável	n	%
Atuação em quantas ESF		
1 equipe	15473	84,3
De 2 a 5 equipes	2771	15,1
6 equipes ou mais	79	0,4
Realiza atendimento fora da área de cobertura		
Todos os dias da semana	6492	35,4
Alguns dias da semana	9607	52,3
Nenhum dia da semana	2234	12,2
Tipo de consulta realizada		
Apenas consultas marcadas	558	3,0
Apenas consultas de demanda espontânea	1289	7,0
Consultas de demanda espontânea e agenda	16486	89,8
Forma de agendamento		
Qualquer dia e horário	8700	47,4
Qualquer dia e horário específico	2406	13,1
Dia específico fixo até três dias da semana	3997	21,8
Dia específico fixo mais de 3 dias na semana	1523	8,3
Uma vez por mês	1707	9,3
Quantidade de pacientes por turno		
De 0 a 7 pacientes	5631	30,7
De 8 a 12 pacientes	10869	59,2
Mais de 12 pacientes	1782	9,7
Garantia de retorno ao usuário		
Sim	16827	91,6
Não	1506	8,2
Tem apoio para planejamento		
Sim	14452	78,7
Não	3881	21,1
Gestão disponibiliza informação		
Sim	13444	73,2
Não	4889	26,6

Fonte: PMAQ, DAB, Ministério da Saúde, 2012.

Tabela 3: Associação entre a composição das equipes quanto à adequação na relação de CD e ASB ou TSB e atividades do processo de trabalho. Brasil, 2012.

Variável	Adequado		Inadequado		Valor de p ^a
	n	%	n	%	
Realiza planejamento					<0,001*
Sim	13804	83,3	1000	74,2	
Não	2770	16,7	347	25,8	
Realiza monitoramento de indicadores					<0,001*
Sim	11127	67,1	784	58,2	
Não	5447	32,9	563	41,8	
Participa das reuniões					<0,001*
Sempre	11120	67,1	808	60,0	
Às vezes	4445	26,8	386	28,7	
Nunca	1009	6,1	153	11,4	
Faz ações de educação em saúde					<0,001*
Sim	15092	91,1	1160	86,1	
Não	1482	8,9	187	13,9	
Realiza visita domiciliar					<0,001*
Sim	13156	79,4	919	68,2	
Não	3418	20,6	428	31,8	
Realiza Tratamento Concluído (TC)					0,159
Para todos os usuários	10277	62,0	807	59,9	
Para alguns usuários	5951	35,9	504	37,4	
Nunca realiza TC	346	2,1	36	2,7	
Realização dos procedimentos					0,127
Realiza mais de 75%	12756	62,4	1041	62,8	
Realiza menos que 75%	7692	37,6	616	37,2	
Registro dos usuários encaminhados					0,007*
Sim de Todos	9172	73,6	677	69,9	
De alguns/Não	3296	26,4	291	30,1	
Atenção à criança					<0,001*
Sim	13079	78,8	1021	75,7	
Não	3523	21,2	328	24,3	
Realiza atividade nas escolas					<0,001*
Sim	15396	92,9	1194	88,6	
Não	1178	7,1	153	11,4	

Registro das atividades nas escolas					<0,001*
Sim	12192	73,4	882	65,4	
Não	4410	26,6	467	34,6	
Levantamento de escolares com necessidades					<0,0018
Sim	8316	50,1	577	42,8	
Não	8286	49,9	772	57,2	

^aTeste qui-quadrado de Pearson (nível significância 95%)

Fonte: PMAQ, DAB, Ministério da Saúde, 2012.

2.4 Discussão

O processo de trabalho da equipe de saúde bucal na atenção básica é complexo e abrange um grande número de atividades inter-relacionadas que vão para muito além do atendimento clínico dos usuários, abrangendo atividades como a coordenação e participação em atividades coletivas de promoção e prevenção, territorialização, acolhimento, atividades e reuniões de planejamento, visitas domiciliares, busca ativa, registro de informações nos sistemas de informação, estratificação de risco dos usuários, entre outras (BRASIL, 2017). A presença de profissionais auxiliares e técnicos na equipe de saúde bucal é essencial para o desenvolvimento de tais atividades

Uma equipe de saúde bucal completa é capaz de realizar seu trabalho com maior eficiência e otimização do processo de trabalho; promovendo aumento da qualidade técnica e da produtividade, a minimização do custo operacional, além da redução do desgaste físico, do estresse e da fadiga do cirurgião-dentista (COSTA et al., 2012; BARROS, 1995; SALIBA, 1998). A melhoria das condições de trabalho dos profissionais, portanto, é um fator de grande importância na efetiva mudança do modelo de atenção em saúde a que se propõe a ESF.

Por outro lado, pela sua formação acadêmica, o Cirurgião-dentista muitas vezes não está adaptado para o trabalho em equipe, diminuindo assim as contribuições do técnico e/ou auxiliar. OLIVEIRA (2012) chama a atenção para o fato de que inúmeras atividades coletivas que atualmente são desenvolvidas pelo CD poderiam ser conduzidas por técnicos, que são capacitados para isso, mas estes não são utilizados. Poder-se-ia alcançar uma maior eficiência inclusive nas atividades coletivas, trazendo duas vantagens: o custo dessas atividades baixaria em virtude da utilização de força de trabalho adequada e os dentistas não estariam mais se subempregando e executando atividades pouco complexas para uma formação extensa e cara.

No entanto, diversas condições em relações a recursos, estrutura e capacitação profissional são barreiras encontradas nesse processo. COSTA et.al (2012) descrevem em seu trabalho que nem sempre as condições físicas do ambiente permitem o trabalho auxiliado, ou ainda, em muitas situações, os auxiliares e técnicos não desempenham todas as ações a eles permitidas, seja por falta de preparo por parte da própria equipe de saúde bucal, seja por desconhecimento do profissional sobre as atribuições desses profissionais estabelecidas por lei.

De acordo com os resultados do presente estudo, observou-se que a maioria das equipes são da modalidade I,

composta por um cirurgião-dentista(CD) e um auxiliar (ASB) ou técnico em saúde bucal (TSB). O contraste na quantidade de equipes de modalidade I e modalidade II é evidente e reflete a realidade do país em termos de composição de equipes de saúde bucal. As ESB da modalidade II são as equipes mais completas por contarem com CD, TSB e ASB.

Esta pouca participação dos TSB pode ser reflexo da enorme desproporção existente entre o número desses profissionais e o número de cirurgiões-dentistas no Brasil. KOVALESKI, BOING E FREITAS (2005) afirmaram que essa má distribuição se dá possivelmente devido à falta de uma política nacional de formação dos recursos humanos em saúde. Outros fatores levantados pelos autores são de ordem econômica e social. A formação dos CD envolve grande movimentação financeira, envolvendo a montagem de consultórios e o consumo regular de materiais que a prática odontológica proporciona, com importância significativa para a economia nacional. O mesmo não acontece com a formação dos auxiliares e técnicos, que em sua maior parte tem sido formados pelo e para o setor público. Seus custos de formação e seus salários são muito menores, o que ajudaria a explicar a grande diferença absoluta no número de dentistas em relação à auxiliares e técnicos. O outro fator abordado é o social, relacionado à baixa viabilidade social dessas profissões. Os

autores discutem o fato dessas ocupações terem baixa visibilidade social e despertarem pouco interesse na população. Muitas pessoas desempenham essas funções, principalmente no setor privado, sem que tenham passado por formação específica, sendo apenas capacitadas pelo próprio cirurgião-dentista para desempenhar as atividades de limpeza, desinfecção, e manipulação de materiais. Ainda discutindo sobre a baixa visibilidade social, é visto que a taxa da população que ocupa a maioria dos cargos de ASB e TSB são do sexo feminino. GÓMEZ (2002) relata que a sociedade brasileira é caracterizada por uma forte diferenciação de gênero com consequências na estrutura produtiva: profissões auxiliares - que possuem uma menor média de remuneração e são consideradas como de “status” social inferior - são predominantemente ocupadas por mulheres. O fato de as secretárias dos consultórios odontológicos terem em grande parte se tornado as auxiliares de hoje, pode justificar a enorme proporção desse gênero na composição dos trabalhadores auxiliares em odontologia.

Observou-se neste estudo que um grande percentual de profissionais ingressou no serviço por meio de concurso público, e atuava como servidor público estatutário, porém o tempo de atuação na atenção básica pode ser considerado baixo. A falta de plano de carreira e gratificação por

desempenho podem ser fatores que desmotivam os profissionais a permanecerem no serviço público de saúde, causando grande rotatividade dos profissionais, comprometendo o trabalho na atenção básica sob a lógica da Estratégia Saúde da Família, principalmente no que tange ao estabelecimento de vínculo com a comunidade. FACÓ et al.(2005) em pesquisa realizada com CD da ESF no Ceará, identificaram duas questões que afligem os profissionais a ponto de intervir em suas práticas: padrões salariais bastante defasados e a falta de vínculo empregatício que desestimula os profissionais à se dedicarem.

Mesmo que a maioria dos entrevistados tenha relatado possuir formação complementar, parece que os profissionais tem buscado essa formação por conta própria, uma vez que o serviço público não tem oferecido ações de educação permanente. Faz-se necessário, portanto, que os profissionais sejam permanentemente capacitados para intervir de forma qualitativa, no sentido de planejar, desenvolver e avaliar as ações de saúde bucal, buscando responder às necessidades da comunidade (RODRIGUES, 2008). A ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (2011) também ressalta a necessidade de melhorar o serviço prestado à população pelos profissionais de saúde, tendo como base a qualificação, capacitação e aprimoramento de seu desempenho.

Um fator importante a se considerar no perfil dos profissionais da ESB é a necessidade de se inteirar em ações além do ambiente clínico. ARAÚJO E DIMENSTEIN (2006) relatam que os profissionais têm perfil voltado para a clínica, aspecto que está relacionado à sua formação acadêmica, na qual se vê a reprodução de práticas tradicionais, fragmentadas e isoladas, havendo portanto a necessidade de motivar os profissionais a refletirem sobre suas práticas, tendo como medida inicial o investimento e estímulo à educação permanente e um monitoramento e avaliação das ações por eles desenvolvidas.

Outro ponto também importante, na formação acadêmica que deixa a desejar é quando se fala em Saúde Coletiva, uma vez que a Universidade que constitui o centro formador por excelência de recursos humanos odontológicos não proporciona elementos técnicos que permitam aos estudantes compreender as realidades sociais da profissão. FACÓ et al.(2005). Ainda abordando os resultados obtidos no seguinte estudo nota-se que apesar da grande quantidade de pacientes a serem atendidos, os resultados demonstram que a demanda está sendo suprida com a quantidade de profissionais. Na questão dos procedimentos, a prótese, em relação a etapas de confecção e oferta, ainda não é uma realidade na atenção básica.

Falando sobre a visita domiciliar, independente da maioria dos profissionais, relatarem que fazem a visita, vale ressaltar sua importância. Essa atividade representa ainda um grande desafio para a área odontológica, pois sua realização requer em grande parte, a utilização de tecnologias leves, desenvolvidas no campo relacional. Sem contar o vínculo criado com o paciente. A visita domiciliar possui um caráter tão importante quanto à realização do diagnóstico clínico, e não serve apenas para o profissional identificar as condições sociais das famílias, mas é uma estratégia de intervenção terapêutica, onde ora se atua através de ações de prevenção e promoção, através de intervenções clínicas, ou estabelecendo-se como suporte às mudanças comportamentais das famílias (SILVEIRA 2008). MERHY E FRANCO (2003) observaram dentro desses aspectos abordados sobre a visita domiciliar que além do lado técnico e tecnológico, há o outro relacionado ao cuidado, fundamental no processo de trabalho.

Um ponto crítico encontrado foi a realização do levantamento das necessidades dos escolares. Apesar de 90% das equipes realizarem atividades nas escolas, mais da metade não está fazendo levantamento das necessidades dos escolares. O surgimento de cárie na dentição decídua é um grave preditor da cárie na dentição permanente (PALMA, et.al 2012). Portanto, é de extrema importância que sejam feitos os

levantamentos dessas necessidades. Para que ocorram melhorias, é necessário investir em projetos de educação e promoção em saúde que abranjam principalmente as crianças e que não só o cirurgião-dentista assuma um papel exclusivo de cuidador, mas que compartilhe a sua responsabilidade com pais, professores e instituições públicas e privadas, com o objetivo de promover a saúde.

2.5 Considerações finais:

Através dos resultados obtidos com o este estudo pode-se concluir que o processo de trabalho sofre influências consideráveis com a ausência do técnico e/ou auxiliar de saúde bucal. A má distribuição e a menor quantidade desses profissionais ocasiona um déficit no trabalho dos Cirurgiões-dentistas, aumentando sua carga de trabalho, consequentemente diminuindo a qualidade do serviço, o tempo para planejamento, participação nas reuniões e educação permanente.

É necessário que a distribuição e a valorização desses profissionais para que ocorram mudanças no processo de trabalho, melhorando assim o trabalho do Cirurgião-dentista e da população sob seus cuidados.

3. Referências:

1. ARAÚJO, Y.; DIMENSTEIN, M. **Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte**. Ciência Saúde Coletiva. v.11, n.1, p.219-217. 2006.
2. BALDANI, M. et. al. **A inclusão da Odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil**. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro. v. 21, n. 4, p.1026-1035. 2005.
3. BARROS, O. **Ergonomia 3: auxiliares em odontologia**. Editora Pancast. São Paulo. 1995.
4. BOTAZZO, C.; CHAVES, S. C. L. **Saúde Bucal Coletiva: Antecedentes e estado da arte**. Editora Hucitec. São Paulo. 2013
5. BRASIL. **Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família**. Portaria N.º 1444/ GM em 28 de dezembro de 2000. [Online].; 2000.
6. BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica**. [Online].; 2004 [cited 2013 março 10. Available from:<<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/Informe21.>>pdf.
7. BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. 2017. Disponível em:<

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html> Acesso: 11 mai 18.

8. CAMPOS, G. **O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso.** Cad Saúde Pública 1998; v.14, n.4, p.863-870.
9. CASOTTI, C. et.al. **Atuação do cirurgião-dentista na estratégia de saúde da família.** Revista Saúde.com. v. 9, n. 4. p. 285-294. 2013.
10. COSTA, A. et.al. **A participação do Auxiliar em Saúde Bucal na equipe de saúde e o Ambiente Odontológico.** Revista de Odontologia da UNESP. v.41, n.6, p.371-376. 2012.
11. COSTA, R. et.al. **Processo de Trabalho do Dentista na Estratégia de Saúde da Família do Município de Parnamirim-RN: Enfrentando os Desafios de um Novo Modelo de Atenção.** Revista de Odontologia Brasil Central. v.19, n.51, p.327-332, 2010.
12. COSTA, R. et.al. **O trabalho em equipe desenvolvido pelo cirurgião-dentista na Estratégia Saúde da Família: expectativas, desafios e precariedades.** Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Florianópolis, v.7, n.24, p.147-63. 2012.
13. EMMERICH A. **A corporação odontológica e o seu imaginário.** Edufes. Vitória. 2000.

14. EPOSTI, C. et.al. **O Processo de Trabalho do Técnico em Saúde Bucal e suas Relações com a Equipe de Saúde Bucal na Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil.** Saúde Sociedade. São Paulo, v.21, n.2, p.372-385, 2012.
15. [FACCIN, D.](#); [SEBOLT, R.](#); [CARCERERI, D.](#) **Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade.** [Ciência e Saúde Coletiva v.15, Supl.1, p.1643-1652.](#) 2010.
16. FACÓ, E. et.al. **O Cirurgião-Dentista e o programa saúde da família na microrregião II, Ceará, Brasil.** Revista Brasil Promoção de Saúde. v.18, n.2, p.70-77. 2005.
17. FREIRE, A. et.al. **O conhecimento das funções e a formação dos auxiliares odontológicos atuantes no serviço público de saúde de municípios do noroeste paulista.** Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde. v.13, n.3, p.5-9. 2011.
18. GÓMEZ, E. **Equidad de género en las políticas de reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe.** Revista Panamericana de Salud Pública. v.11, n.5/6, p.435-438, 2002.
19. GONSALVES, E.; OLIVEIRA, A. **O processo de trabalho do cirurgião-dentista na estratégia saúde da família: uma contribuição à construção do SUS.** Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde. . v.11, n.3, p.44-51, 2009.

20. KOVALEVISK, D.; BOING, A.; FREITAS, S.
Recursos humanos auxiliares em saúde bucal: retomando a temática. Revista de Odontologia da UNESP. v.34, n.4. p.161-165. 2005.
21. MERHY, E.; FRANCO, T. **Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrado no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecno assistenciais.** Saúde Debate. v.27, n.65, p.316-323. 2003.
22. MERHY E.E. **O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde.** . Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 73-92
23. OLIVEIRA, C. et.al. **Atribuições dos Técnicos em Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família em Minas Gerais.** Ciência e Saúde Coletiva. Faculdade de Odontologia UFMG, Belo Horizonte. v.18, n.8, p.2453-2460. 2012.
24. **Organização Pan-Americana de Saúde. Desempenho em equipes de saúde.** – Manual. Rio de janeiro: Opas; 2001.
25. PALMA, A.et.al. **Saúde bucal de crianças de 5 anos de idade de Montes Claros, Brasil.** Unimontes Científica. v.14, n.1, p.69-82, 2012.
26. RAMMINGER, T.; BRITO, J. C. **“Cada Caps é um Caps”: Uma coanálise dos recursos, meios e normas presentes nas atividades dos trabalhadores de saúde mental.** Psicologia e Sociedade. Florianópolis, v.23, n.spe, p. 150- 160, 2011.

27. REIS, P. et.al. **O técnico em saúde bucal: a atuação deste profissional no serviço público de Saúde.** Revista de Gestão em Sistemas de Saúde. v. 6, n.3, p.293-305. 2017.
28. REIS, W.; SCHERER, M.; CARCERERI, L. **O trabalho do Cirurgião-Dentista na Atenção Primária à Saúde: entre o prescrito e o real.** Saúde Debate. v.39, n.104, p.56-64, 2015.
29. RODRIGUES, M.; ARAÚJO, M. **O processo de trabalho em saúde da família.** 2008.
<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/image/m/1501.pdf>. Acesso em: 01 de Maio de 2018.
30. SALIBA, T. et.al. **Trabalho odontológico auxiliado em serviços públicos e particulares.** Rev Pos- Grad. v. 5, n. 3, p. 171-176. 1998.
31. SCHWARTZ, Y. **Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel.** Educação Social. Campinas. v. 19, n. 65, p. 101-139, 1998.
32. [SILVEIRA FILHO, A. A Saúde Bucal no PSF: o desafio de mudar a prática.](#) 2008.
<<http://www.saude.gov.br/psf>>. Acesso em: 26. Abr. 2018.

33. SOUZA, L. et. al. **Saúde Bucal no Âmbito Escolar e Familiar: da Autonomia à Transformação Social.** Revista Brasileira de Educação Médica. v.39, n.3, p.426-432; 2015.

4. Anexo:



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE ODONTOLOGIA
DISCIPLINA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DE ODONTOLOGIA

ATA DE APRESENTAÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Aos 23 dias do mês de Maio de 2018, às 15:30 horas,
em sessão pública no (a) Sala 910 desta Universidade, na presença da
Banca Examinadora presidida pelo Professor

Cláudia Frazzetta Colussi

e pelos examinadores:

1 - Daniela Alho Nessel

2 - Daniela de Rossi Figueiredo

o aluno Amândeo de Paula Cordeiro

apresentou o Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação intitulado:

Composição dos Grupos de Suporte Bucal de Estratégia de
Tratamento da Família no Brasil e sua influência na adesão do processo de trabalho

como requisito curricular indispensável à aprovação na Disciplina de Defesa do TCC e a integralização do Curso de Graduação em Odontologia. A Banca Examinadora, após reunião em sessão reservada, deliberou e decidiu pela Aprovação do referido Trabalho de Conclusão do Curso, divulgando o resultado formalmente ao aluno e aos demais presentes, e eu, na qualidade de presidente da Banca, lavrei a presente ata que será assinada por mim, pelos demais componentes da Banca Examinadora e pelo aluno orientando.

Cláudia Frazzetta Colussi
Presidente da Banca Examinadora

Daniela Alho Nessel
Examinador 1

Daniela de Rossi Figueiredo
Examinador 2

Amândeo de Paula Cordeiro
Aluno